

Votre adresse:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Votre assureur actuel::

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Résiliation de mon assurance/mes assurances

Nous transmettons volontiers votre résiliation à votre assureur actuel, si nous pouvons vous assurer sans réserve auprès de la CSS Assurance (CSS, Arcosana, Intras). Remplissez simplement le formulaire de résiliation et envoyez-le nous au moins 10 jours avant l'échéance du délai de résiliation.

Veillez tenir compte du fait qu'en cas de réception trop tardive, nous ne pouvons pas garantir la résiliation auprès de votre assureur précédent dans les délais.

Données personnelles de la personne assurée

Nom ..... Prénom .....  
Rue ..... NPA/Localité .....

- Assurance-maladie obligatoire selon la LAMal

Je confirme par la présente que je souhaite résilier mon assurance au ..... ou le plus tôt possible

Auprès de l'assureur .....  
Adresse .....  
N° de police actuelle .....

- Assurances complémentaires selon la LCA

Je confirme par la présente que je souhaite résilier mon assurance/mes assurances au ..... ou le plus tôt possible.

Auprès de l'assureur .....  
Adresse .....  
N° de police actuelle .....  
Remarque .....

Lieu, date ..... Signature de la personne assurée  
ou de son représentant légal .....

**Confirmation d'assurance à l'attention de l'ancienne assurance-maladie (sera remplie par l'assureur)**

Selon l'art. 7 al. 5 de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), nous confirmons par la présente l'admission de la personne susmentionnée dans l'assurance obligatoire des soins auprès de la ..... au ..... (date).  
Nous vous prions par conséquent de bien vouloir procéder à la sortie de ce client de votre assurance-maladie et de la confirmer.

Lieu, date .....

L'assureur .....  
(double signature impérative)